

## **Coachingvertrag + Datenschutzeinwilligung** zwischen Franziska Bankwitz und

Name des Patienten \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon / Handy \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse:             gesetzlich                     privat                     Zusatzversicherung

Als Honorar für eine Behandlung wird ein Betrag von EUR (135-150 + 19% MwSt) vereinbart. Das Honorar ist direkt per EC zu zahlen.

Für nicht rechtzeitig abgesagte Termine (werktags spätestens 24 Stunden vorher) fällt eine Ausfallpauschale von EUR (65-75) an, falls der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann.

Ich willige ein, dass meine Daten erhoben und gespeichert werden, (max. Aufbewahrungspflicht 10 Jahre) da der Heilpraktiker dazu verpflichtet ist (Art. 6 Abs. 1b DSGVO).

Ich weiß, dass ich ein Recht auf Auskunft, Löschung (nach 10 Jahren) und Sperrung der Daten habe. Ich habe zudem das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Landesdatenschutzbehörde: Postfach 3040, 55020 Mainz, email: [pststelle@datenschutz.rlp.de](mailto:pststelle@datenschutz.rlp.de). Die Datenschutzbelehrung habe ich erhalten.

Ort / Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich ein, dass ich per email kontaktiert werden kann.  
Diese Daten werden gespeichert und erhoben.

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_

**Danke für ihre Aufmerksamkeit!**